UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 39

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TORTICOLIS

UN CAS DE TORTICOLIS CONGÉNITAL ET HÉRÉDITAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mars 1922

PAR

Joseph ROBIN

Né à Saint-Philbert-de-Bouaine (Vendée), le 2 avril 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TORTICOLIS

UN CAS DE TORTICOLIS CONGÉNITAL ET HÉRÉDITAIRE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON.
		GRYNFELTT
Physiologie		HEDON.
Physique médicale		N...
Chimie biologique et médicale		DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Anatomie pathologique		MASSABUAU.
Microbiologie		LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Pathologie interne		N...
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie		N...
Clinique médicale		DUCAMP.
		VEDEL.
		TEDENAT.
Clinique chirurgicale		FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Clinique des maladies des enfants		N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie		GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM.	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES
Clinique des maladies des enfants		LEENHARDT.
Stomatologie	Dr	WATON.
Histologie	Dr.	GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J.)		CABANNES
Chimie	MESTREZAT	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. FORGUE, prof., *président.*	RICHE, agrégé.
ESTOR, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. ROBIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

J. ROBIN.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TORTICOLIS

UN CAS DE TORTICOLIS CONGÉNITAL ET HÉRÉDITAIRE

INTRODUCTION

L'étude d'une observation recueillie dans le service de M. le professeur Forgue, nous a suggéré l'idée de consacrer notre thèse inaugurale à un sujet qui, pour avoir été l'objet d'études nombreuses, n'en présente pas moins, au point de vue étiologique et pathogénique, de nombreuses obscurités.

Les théories les plus diverses ont été émises pour expliquer la cause du torticolis congénital. Aucune n'est sans doute parfaitement exacte et aucune ne saurait répondre à tous les cas.

Parmi les formes de torticolis congénital, il en est une, particulièrement intéressante, moins fréquente que les autres, et qui se caractérise par ce fait qu'elle est héréditaire. Ce point mérite d'attirer l'attention. Mais en outre le fait d'observer chez un même sujet un torticolis congénital et diverses malformations, contribue à rendre

plus intéressante encore l'étude de cette variété de torticolis.

Il y a là, incontestablement, plus qu'une simple coïncidence. Nous nous efforcerons de montrer en effet que la théorie pathogénique, qui veut dans certains cas considérer le torticolis congénital comme une malformation congénitale, par arrêt de développement, paraît exacte.

Nous donnerons d'abord l'observation et grâce à elle nous pourrons faire une étude assez complète du torticolis congénital et héréditaire, mettant en relief dans chaque chapitre, ce que cette observation présente de particulier, surtout au point de vue étiologique et pathogénique.

Nous consacrerons aussi un chapitre au traitement de cette affection et nous indiquerons à ce propos, avec quelques détails, la technique employée par M. le professeur Forgue, tant dans la période opératoire, que dans la période post-opératoire. Les soins post-opératoires et la surveillance de cette période sont aussi importants pour le résultat que l'opération elle-même.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Forgue)

Cette observation est relative à un jeune garçon âgé de 10 ans, entré dans le service de M. le professeur Forgue, pour torticolis congénital droit.

Il n'y a rien à noter dans ses *antécédents personnels*.

Dans ses *antécédents héréditaires*, il faut retenir que la MÈRE ÉTAIT ATTEINTE DE TORTICOLIS CONGÉNITAL pour lequel elle fut opérée par M. Forgue.

Le malade se présente avec l'attitude caractéristique bien connue du sujet atteint de torticolis. Le sterno-cléido-mastoïdien droit étant rétracté, forme sous les téguments du cou, une corde saillante, lisse, sans nodules fibreux perceptibles.

Sous l'influence de la rétraction musculaire, la tête s'est mise en rotation de telle sorte que la face regarde à gauche; elle s'est inclinée, la mastoïde droite se rapprochant de l'épaule droite; le menton s'élevant au contraire en sens inverse.

On note une asymétrie faciale marquée, l'atrophie portant sur la moitié de la face correspondant au muscle rétracté.

Les axes transversaux des yeux sont en escalier. Le nez est concave du côté malade.

La colonne vertébrale cervicale présente une courbure de 1 centimètre de flèche concave du côté rétracté. Il n'y

a pas de courbure de compensation dans la colonne dorsale.

En revanche, la région occipito-atloïdienne s'est fortement déformée. Il semble qu'il y ait eu une rotation de l'atlas et de l'axis. On ne sent plus la saillie des apophyses transverses de ces vertèbres du côté de la lésion.

Cet enfant présente, en outre, une large division congénitale du voile du palais et de la voûte palatine. La voix est, par suite, nasonnée, la parole difficile. La déglutition des liquides et des solides est normale.

Du côté des organes génitaux, tendance au phimosis et ébauche d'hypospadias balanique. Les testicules sont en position normale.

Le petit malade présente un bon état général, mais au point de vue physique, il est nettement déficient.

En somme, le diagnostic de torticolis congénital s'impose et une intervention est pratiquée le 7 avril 1921.

Sous anesthésie à l'éther goutte à goutte, ablation du sterno-cléido-mastoïdien droit suivant la méthode de Mickulicz, suivie de l'application d'un pansement laissé en place pendant six jours. A ce moment, ablation des agrafes. On commence le redressement forcé en prenant l'enfant par la tête et en le soulevant au-dessus du sol, en même temps qu'on imprime un mouvement de balancement latéral. On applique ensuite l'appareil de M. le professeur Forgue, qui est laissé en place une quinzaine de jours au moins.

La guérison est parfaite.

Cette observation contient tous les renseignements nécessaires pour faire l'étude du torticolis congénital dont nous envisagerons successivement l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie et le diagnostic, la thérapeutique.

ETIOLOGIE

En regard des torticolis acquis, se placent les torticolis congénitaux. Les premiers sont sous la dépendance de facteurs divers et bien connus : c'est le torticolis aigu rhumatismal; c'est le torticolis symptomatique d'un mal de Pott, de luxations de vertèbres cervicales, ou encore le torticolis chronique par cicatrice vicieuse, par paralysie ou par spasme; c'est enfin le torticolis consécutif à une attitude vicieuse permanente tel le torticolis des enfants mal placés dans le berceau. A vrai dire, dans ce cas, il doit plutôt s'agir de torticolis congénital, ayant passé inaperçu pendant les premiers temps de la vie mais n'en existant pas moins cependant dès la naissance pour ne devenir apparent que lorsque l'enfant commence à avoir des mouvements actifs au niveau du cou, lorsque la région cervicale relativement peu développée chez l'enfant a acquis un certain développement.

Ceci explique pourquoi on fournit comme une donnée classique la rareté du torticolis congénital, si on ne fait rentrer dans cette classe que les cas de torticolis apparents à la naissance. Si l'on en croit Chaussier, sur 23.293 enfants nouveau-nés, dont 132 présentaient des difformités diverses, il n'y aurait eu aucun cas de torticolis congénital (cette statistique portant sur cinq années). Cette assertion de Chaussier doit être sans doute modifiée et il

il est probable que, sur ces 23.293 enfants, certains ont dû présenter dans la suite l'affection qui nous occupe.

Il existe d'ailleurs des faits incontestables où la déviation existait dès la naissance. Petersen en rapporte deux cas. Meinhard Schmidt en rapporte un cas, avec atrophie faciale. D'autre part, nous croyons avec Fisher que souvent le faible degré des lésions à la naissance, et le manque absolu de recherches dans ce sens, expliquent que ces lésions aient souvent passées inaperçues.

La coexistence de strabisme congénital ou d'autres vices de conformation, en l'absence de constatations directes du torticolis à la naissance plaident aussi en faveur de la congénitalité. Cette proposition, donnée par Fisher paraît s'appliquer admirablement à notre cas.

La mère n'a pu nous dire si la lésion existait à la naissance. Mais l'existence de la fissure palatine et des diverses malformations constatées sur le sujet, nous laissent supposer que le torticolis était constitué anatomiquement au moment où l'enfant est venu au monde.

Le torticolis s'observe plus souvent à droite qu'à gauche. A ce point de vue, notre malade rentre dans la règle commune. Peut-être l'étude de la pathogénie éclaire-t-elle comme nous le verrons, cette prédisposition curieuse du sterno-cléido-mastoïdien droit à la rétraction.

Il est admis aussi, et les statistiques le démontrent, que le torticolis est plus fréquent chez les filles que chez les garçons. Y a-t-il chez les fillettes une prédisposition spéciale? Il est difficile de le dire. Mais, dans certains cas, ne peut-on penser qu'il y a une corrélation entre la rétraction du muscle et la scoliose plus fréquente aussi chez les filles. Nous effleurons seulement cette question sans la vouloir approfondir.

Enfin, reste une dernière question se rattachant à l'é-

tiologie. C'est celle de l'hérédité du torticolis. Si l'on en croit les auteurs qui ont étudié cette question, l'hérédité similaire de ce genre est extrêmement rare. On connaît l'observation typique de Dieffenbach dans laquelle cinq frères et sœurs d'une même famille furent atteints de torticolis gauche. On ne peut s'empêcher de penser qu'en pareil cas ces torticolis ne soient sous la dépendance d'une même cause.

Dans notre observation, l'hérédité est aussi absolument typique. La mère de notre jeune malade fut atteinte de torticolis et opérée.

Si donc l'hérédité n'est pas fréquente on ne saurait cependant nier qu'elle existe, tout aussi bien que la congénitalité et c'est pourquoi nous avons désigné la lésion de notre malade *torticolis congénital et héréditaire*. La rareté de l'hérédité ne fait qu'augmenter l'intérêt de cette observation.

a) Une maladie précoce de l'amnios, dit Petersen, fixe de façon définitive le pôle céphalique de l'embryon. La tête ainsi fixée trop tôt, ne pourra se défléchir et se redresser. Le sterno-cléido-mastoïdien du côté de l'inclinaison devient trop court.

b) Beely, Viannay, Nové Josserand, Kempf et Vœlcken, pensent que l'attitude vicieuse de la tête *in utero*, entraîne dans le muscle des lésions comparables à celles que l'on rencontre dans la paralysie ischémique de Volkmann. Ces lésions seraient sous la dépendance de troubles circulatoires. L'artère nourricière du muscle sterno-cléido-mastoïdien pénètre à la partie supérieure du muscle. A côté de cette artère principale, fournie par l'occipitale, on trouve d'autres rameaux venus de la thyroïdienne supérieure. Ces rameaux sont très faiblement anastomosés entre eux. Leur compression, conséquence de la position inclinée de la tête, entraîne l'ischémie du muscle, aboutissant à une dégénérescence fibreuse.

Peut-être même, suivant les défenseurs de cette théorie, faut-il faire intervenir certains processus emboliques.

Quoi qu'il en soit, cette théorie ne peut évidemment répondre à tous les cas. Nombreux en effet sont les cas de torticolis dans lesquels le muscle sterno-cléido-mastoïdien ne présente pas la dégénérescence fibreuse type, qui serait la signature de ce mécanisme pathogénique.

La théorie de Dieffenbach et celle de Petersen constituent les *théories mécaniques*. A elles s'oppose la *théorie inflammatoire*.

3° *Théorie inflammatoire*. — Le muscle présente dès la vie intra-utérine des lésions qui sont sous la dépendance d'une lésion inflammatoire du muscle, celle-ci étant elle-même dépendante d'une infection chronique des ascen-

dants, telles que syphilis et tuberculose. Dans certains cas, cette myosite infectieuse serait suivie de rupture.

Les examens de Durante, les faits de Couvelaire semblent appuyer cette théorie. Couvelaire rapporte en effet l'observation de trois enfants nés de pères avouant la syphilis et atteints de torticolis congénital. Les examens de Durante plaident en faveur de la myosite syphilitique.

4° *Théorie de Nélaton.* — Le torticolis est d'origine cérébrale.

5° *Théorie de Gallavardin et Savy.* — Le torticolis est d'origine médullaire.

6° *Théorie de Kempf.* — Le torticolis est la conséquence d'une contusion du spinal.

Nous ne citons ces trois théories que pour mémoire.

Que conclure maintenant de l'étude de ces diverses théories?

Elles sont de deux catégories:

Ou le torticolis est une lésion acquise du muscle (théories obstétricale et inflammatoire);

Ou le torticolis est une malformation congénitale?

Il semble que la majorité des auteurs se rattache à la théorie inflammatoire. Cependant nous ne saurions admettre que cette théorie englobe tous les cas et nous ne saurions y rapporter le nôtre. L'examen anatomo-pathologique négatif, la présence de malformations congénitales concomitantes, nous le font plutôt rattacher à une théorie pathogénique considérée comme exceptionnelle. Mais pour exceptionnelle qu'elle soit, elle n'en paraît pas moins être dans certains cas exacte: savoir, *le torticolis est une malformation congénitale.*

Quelle que soit la cause invoquée, notre malade a gardé

à la naissance, la tête dans l'attitude qu'elle avait à un moment de l'évolution ontogénique. Elle n'a pas subi, quant à son attitude, l'évolution ultérieure normale. Ainsi a été *constituée la malformation par arrêt de développement.*

Ce qui contribue à nous faire accepter cette théorie (dans notre cas) c'est la coexistence, avec ce torticolis, de deux malformations congénitales une ébauche d'hypospadias balanique et une divison congénitale du voile du palais. Par là, ce cas se rattache comme tant d'autres à cette loi d'anatomie générale, suivant laquelle une malformation n'est presque jamais unique.

Et ceci étend d'ailleurs la conception des causes des malformations. Pourquoi admettre une action localisée sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien? N'est-il pas aussi logique de penser qu'il doit exister dans ces cas, une cause d'ordre général qui intervient aussi bien pour provoquer l'arrêt de développement de la gouttière urétrale, et de la constitution du palais, que pour provoquer cette malformation qui donnera le torticolis. Cette cause nous échappe souvent, mais quelquefois elle se retrouve dans les infections des ascendants telles que la syphilis par exemple.

Nous pensons donc que si la myosite syphilitique peut expliquer la pathogéne de certains torticolis, il faut aussi envisager la possibilité d'une action plus élargie de la syphilis ou du saturnisme ou de la tuberculose et les considérer comme capables d'enrayer le développement de l'organisme et de provoquer ainsi ces diverses malformations, telles que hypospadias, division du voile, malformations ano-rectales et torticolis.

Dans un cas comme le nôtre, nous admettons donc que le torticolis est une véritable malformation par arrêt de développement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, le muscle atteint est dur au toucher, rétracté et c'est ce qui donne cette impression de corde saillante si spéciale et si caractéristique. Le raccourcissement est plus ou moins accusé, suivant l'étendue de la transformation fibreuse qui est la signature de l'affection dans la plupart des cas.

La transformation fibreuse peut être totale. Le muscle est devenu un cordon fibreux dans toute son étendue. La dégénérescence est au maximum. Mais, au contraire, la transformation fibreuse peut être partielle et ne porter que sur certaines portions du muscle. Ainsi, il est admis par beaucoup d'auteurs que la lésion atteint surtout le chef sternal. Cependant, il faut reconnaître que le plus souvent le faisceau claviculaire est pris et doit être sectionné pour que la tête reprenne sa position normale.

Pour Volkmann, la dégénérescence fibreuse présenterait un point maximum au niveau d'un noyau d'induration de hauteur variable au-dessus duquel la sclérose diminuerait peu à peu.

Il n'y avait rien de semblable dans notre cas. Le muscle dur, rétracté, ne présentait pas de nodules particulièrement saillants, ni de noyau d'induration. Les deux chefs sternal et claviculaire paraissaient également atteints.

Microscopiquement, mis à part les cas dans lesquels il s'agit de myosite spécifique, le muscle présente une sclérose interstitielle, véritable hyperplasie conjonctive qui étouffe l'élément musculaire et le fait disparaître. On observe parfois une dégénérescence cireuse des fibres musculaires.

« La fibre musculaire, dit Couvelaire, est augmentée de volume, et ne présente plus sa striation normale mathématiquement régulière à types anormaux de striation, vestiges de striation sous forme de grains poussiéreux, placards granuleux, grumeleux ou cireux au niveau desquels toute striation a disparu, tels sont les degrés de la lésion des fibres musculaires. Les noyaux sont altérés; la chromatine est condensée en un bloc homogène, ou fragmentée en boules ».

Cette dégénérescence du muscle et du tissu conjonctif retentit sur la gaine du muscle qui subit une rétraction analogue et peut présenter des adhérences avec la gaine vasculaire, entraînant quelquefois une diminution de calibre des vaisseaux.

De cette diminution de calibre des vaisseaux, résulte pour P. Broca et Bouvier, un défaut d'irrigation cranio-cérébrale augmenté par la coudure qui est la conséquence de l'inclinaison du crâne. Ce défaut d'irrigation tiendrait sous sa dépendance les déformations de la face et du crâne, l'hémiatrophie par exemple.

Cette interprétation est rejetée par la plupart des auteurs. Nous ne l'acceptons pas davantage, car notre malade présentait une asymétrie faciale et une atrophie qui étaient manifestement en voie de régression lorsqu'il a quitté l'hôpital ce qui ne se serait pas produit si ces dispositions étaient sous la dépendance de la circulation. Il s'agit plutôt de déformations mécaniques.

Ajoutons enfin que le sterno-cléido-mastoïdien peut ne pas être le seul muscle atteint. Le trapèze, les muscles de la nuque subissent parfois la dégénérescence fibreuse et réalisent ainsi des variétés particulières de torticolis que nous nous bornons à signaler limitant notre étude au torticolis qui est sous la dépendance de la rétraction du sterno-cléido-mastoïdien.

SYMPTOMATOLOGIE

Elle est tout entière représentée par des signes physiques. Le torticolis congénital vrai est, en effet, une affection indolente, ne donnant lieu à aucun signe fonctionnel bien accusé.

Le tableau clinique est admirablement représenté par notre malade. Il se présente, dit l'observation, avec l'attitude caractéristique bien connue, du sujet atteint de torticolis. Le sterno-cléido-mastoïdien (le droit en l'occurence) étant rétracté, forme sous les téguments une corde saillante, lisse, sans nodules fibreux perceptibles.

Les conséquences de cette rétraction sont faciles à prévoir, si l'on se souvient de l'action du muscle rétracté. La tête s'incline du côté malade et se rapproche ainsi de l'épaule du même côté. Obéissant à l'action rotatoire qu'exerce le sterno-cléido-mastoïdien, la tête se met en rotation de telle sorte que la face regarde du côté opposé à la lésion. Le menton subit un mouvement d'élévation.

La persistance de cette position de la tête retentit sur les divers appareils voisins.

Comme dans notre cas, on note généralement une asymétrie faciale marquée, l'atrophie portant sur la moitié de la face correspondant au muscle rétracté. « Pariétal et front sont aplatis, en « crâne oblique ovalaire », la joue est plate et raccourcie, la commissure labiale est abaissée.

De même le sourcil, très oblique, et sous lui l'œil correspondant : mais l'angle externe des paupières tend à se relever, pour que restent parallèles les axes transversaux de ces yeux « en escalier » ; le nez est concave du côté malade » (Broca).

L'inclinaison de la tête retentit sur la colonne vertébrale cervicale, ce qu'il était facile de prévoir *a priori*. Elle subit une incurvation dont la concavité regarde le côté rétracté. Quand l'affection est ancienne, on voit s'établir au-dessous une ou plusieurs courbures de compensation, pouvant aboutir quoique rarement à une véritable scoliose avec déformation des vertèbres, gibbosité costale, etc., etc. De telles lésions sont cependant exceptionnelles.

Ainsi, dans notre cas, la colonne vertébrale cervicale présentait une courbure de 1 centimètre de flèche concave du côté rétracté, sans courbure de compensation dans la colonne dorsale. D'ailleurs cette inflexion cervicale a disparu après l'opération.

La palpation de la région montre que la rétraction du sterno-cléido-mastoïdien est rebelle au redressement actif ou passif. Si on essaie de redresser la tête la corde devient saillante ; si on augmente l'inclinaison, elle se relâche.

« La plupart du temps, la tension porte surtout sur le chef sternal, oblique en bas et en avant, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la fourchette sternale, où il aboutit par une cordelette cylindrique et dure, nettement détachée ; et quelquefois en dehors de celle-ci, le chef claviculaire n'apparaît pas. Mais presque toujours la rétraction porte également sur le chef claviculaire, lame aplatie, séparée de la corde précédente par un creux en V » (Broca).

La connaissance de cette rétraction simultanée presque constante des deux chefs du muscle, implique la nécessité d'intervenir sur eux pour corriger l'attitude vicieuse.

EVOLUTION — PRONOSTIC

Elle est lentement progressive. Peu à peu, la tête augmente son inclinaison et il est facile de concevoir qu'à la période ultime de son évolution le torticolis pourra s'accompagner de troubles fonctionnels qui n'existaient pas jusqu'alors. Ces troubles porteront sur l'appareil digestif: déglutition pénible ou simplement gênée; sur l'appareil respiratoire: gêne de la respiration tant par coudure du conduit trachéal que par les déformations thoraciques qui sont la conséquence de l'inclinaison de la tête.

Il convient de remarquer que ces troubles sont cependant exceptionnels. Le torticolis n'arrive que rarement à ce stade ultime. Le plus souvent, une intervention vient mettre un terme à la rétraction progressive du sterno-cléido-mastoïdien.

DIAGNOSTIC

Le *diagnostic positif* est des plus simples. Il s'impose en quelque sorte. L'allure si caractéristique de la tête ne permet pas de confondre cette affection avec aucune autre. Les notions développées aux chapitres de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie, nous permettent donc d'être bref sur l'établissement de ce diagnostic positif qui ne présente aucune difficulté.

Le diagnostic étiologique peut être beaucoup plus complexe.

1° Torticolis aigu. — Il est survenu brusquement; il est généralement douloureux.

Rhumatismal ou traumatique, il est généralement assez simple de déceler la cause de la position vicieuse de la tête.

Il peut aussi être sous la dépendance d'une lésion de voisinage dont les signes font d'ailleurs passer le torticolis au deuxième plan du tableau clinique.

2° Torticolis chronique. — a) *Torticolis simulé,* généralement bilatéral, évoluant sur des malades chez lesquels on relèvera toujours quelque signe névropathique. Ce torticolis se rencontre chez les hystériques et cède assez rapidement à l'extension continue.

b) *Torticolis cicatriciel,* de diagnostic aisé.

c) *Torticolis par inflammation de voisinage.* — Cette inflammation retentissant sur le sterno-cléido-mastoïdien, pourra siéger :

1. Dans les *ganglions;*
2. Dans la *mastoïde;*
3. Dans les *amygdales;*
4. Dans la *colonne vertébrale cervicale:* mal sous- occipital. Dans ce cas, la tête est beaucoup plus fixée, comme figée. Toute tentative de mobilisation est douloureuse. On trouve des points douloureux sur les apophyses épineuses des deux ou trois premières vertèbres ou des apophyses transverses du côté malade.

L'existence d'un abcès viendra lever tous les doutes et donner la signature de l'affection.

5. Par *occipitalisation de l'atlas* (André Feil), d'apparition tardive et sans rétraction du sterno-cléido-mastoïdien.

d) *Torticolis par paralysie.* — Affection rare, niée par beaucoup d'auteurs.

e) *Torticolis par rétraction musculaire.* — C'est celui que nous avons étudié et qui se caractérise par l'attitude et par son indolence.

Il sera bon de déterminer quels sont les muscles atteints et établir de façon nette si seul le sterno-cléido-mastoïdien est dégénéré ou si d'autres muscles (trapèze, angulaire) participent à l'inclinaison céphalique.

TRAITEMENT

Les méthodes de traitement du torticolis musculaire congénital sont nombreuses :

Ce traitement peut être :

Mécanique ;
Opératoire ;
Ou successivement opératoire et mécanique.

I. Traitement mécanique. — Il consiste en manipulation et massage ayant pour but de rendre à la tête sa rectitude normale. Il faut malaxer le muscle malade, le pétrir avec une certaine vigueur pour l'allonger et le faire céder. Au bout de quelques séances, on obtient une véritable hypercorrection que l'on maintient avec un appareil approprié, dont l'appareil imaginé par M. le professeur Forgue, constitue l'un des types les plus parfaits. L'appareil est laissé en place six à huit semaines en moyenne, quelquefois davantage si la déformation a tendance à se reproduire.

Quelques auteurs préconisent le redressement sous chloroforme par rupture du tendon avec les pouces, rupture suivie de l'application d'un appareil de contention, comme dans la méthode précédente.

II. Traitement opératoire. — Il comprend :

La ténotomie sous-cutanée ;
La ténotomie à ciel ouvert ;
L'ablation totale du sterno-cléido-mastoïdien.

a) *Ténotomie sous-cutanée.* — Autrefois seule employée elle est remplacée actuellement et depuis l'avénement de l'asepsie et de l'antisepsie par la ténotomie à ciel ouvert.

La ténotomie sous-cutanée sectionne le muscle près de ses insertions inférieures. On emploie l'anesthésie locale ou générale. Le ténotome est introduit de dedans en dehors, en avant du tendon, jusqu'à sa bord interne. L'opérateur tournant alors le tranchant de la lame en arrière sectionne les fibres du sterno-cléido-mastoïdien qu'un aide tend fortement en inclinant la tête du côté opposé à la lésion.

La section achevée est annoncée par un craquement caractéristique et la tête se redresse. Si le redressement est insuffisant, on complète la section des fibres qui ont pu échapper à la première tentative.

Calot introduit le ténotome de dedans en dehors et sectionne le tendon d'arrière en avant.

Quel que soit le procédé employé, la méthode est aveugle et on court le risque de blesser la carotide primitive, la jugulaire externe ou interne. Aussi, préfère-t-on la ténotomie à ciel ouvert.

b) *Ténotomie à ciel ouvert.* — Elle n'a que l'inconvénient de laisser une cicatrice, à vrai dire peu étendue.

L'incision cutanée peut être horizontale, verticale ou intermédiaire aux deux chefs du muscle (Lorenz). Le tendon étant à nu, on le sectionne.

Si quelques auteurs ne font aucune immobilisation

après la ténotomie, le plus souvent, on établit une hypercorrection, soit au moyen d'un appareil plâtré, soit au moyen d'un appareil approprié.

c) *Ablation totale du muscle sterno-cléido-mastoïdien et de sa gaine.* — Les lésions de dégénérescence fibreuse qui atteignent le muscle, retentissent sur la gaine, il est de toute évidence que la ténotomie devient une opération insuffisante et inefficace lorsque l'aponévrose cervicale est largement atteinte. Or, comme le dit Delrez (*Arch. fr.-belges de Chirurgie,* nov. 1921) : « l'obstacle au redressement siège non seulement dans la gaine du muscle, mais s'étend fréquemment en dehors sur une grande étendue de l'aponévrose cervicale, au dela de la partie moyenne de la clavicule; l'aponévrose cervicale superficielle participe en effet, à la rétraction à un degré variable ».

Il faut donc, pour obtenir un résultat, enlever tous ces tissus. C'est Mickulicz qui, pour la première fois, a effectué l'ablation entière du sterno-cléido-mastoïdien, dans le traitement du torticolis.

Voici la technique de cette opération, telle qu'elle est pratiquée par M. le professeur Forgue :

Sous anesthésie à l'éther goutte à goutte, la tête du malade étant inclinée du côté opposé à la lésion, on incise les téguments le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien rendu saillant par la position de la tête. Le muscle séparé superficiellement de la peau, après dissection, on incise les tendons inférieurs et on sépare soigneusement sa face profonde des éléments sous-jacents de la région carotidienne. On arrive ainsi peu à peu, par un véritable retournement du muscle, jusqu'aux insertions mastoïdiennes, que l'on dégage aux ciseaux.

Hémostase rigoureuse et réunion des téguments par des agrafes de Michel. Pansement sec. Ce pansement est

laissé en place pendant six jours à partir desquels on commence le redressement.

Delrez emploie une méthode analogue. La section commence au chef sternal: pourtour antérieur de la gaine, tendon, pourtour postérieur de la gaine, à ce moment, la tête cède et se renverse du côté sain; il importe à ce moment de s'assurer que la gaine du muscle est entièrement sectionnée; que le doigt ne rencontre plus de travée fibreuse, dure, tendue en avant des vaisseaux. Le renversement de la tête est maintenu attentivement; on voit et on sent dans la plaie et sous la peau — si l'incision est trop courte — d'autres travées fibreuses qui n'apparaissaient pas avant la section du chef sternal; le chef claviculaire et l'aponévrose cervicale moyenne sont sectionnés suivant le bord de la clavicule et relevés par un écarteur; le muscle omo-hyoïdien apparaît dans le fond de la plaie. Il ne reste qu'à vérifier la partie externe de l'aponévrose cervicale; la tête s'est fortement redressée; par une pression régulière, elle est maintenue dans la position de correction; si des cordons fibreux sont encore perceptibles, il ne faut pas craindre, pour les sectionner, de prolonger l'incision jusqu'au bord antérieur du trapèze: c'est à cette condition que le résultat sera complet. Ce dernier temps est particulièrement important; pour l'avoir négligé on est exposé à voir persister un obstacle à la fin de l'opération.

Le principe de l'opération consiste en somme à enlever tous les tissus fibreux. La dissection large et soigneuse, effectuée suivant le procédé de M. le professeur Forgue, répond à ces desiderata. Il y a certainement avantage à supprimer le sterno-cléido-mastoïdien transformé en tissu scléreux et dont la fonction est, quoiqu'on fasse, irrémédiablement perdue.

« Lorsque l'opération a été pratiquée largement, on peut renoncer à toute immobilisation. Dès le jour même ou le lendemain, le petit malade peut et doit exécuter des mouvements volontaires de redressement et de mobilisation d la colonne » (Delrez).

M. le professeur Forgue immobilise pendant cinq jours environ, de façon à ce que la cicatrice cutanée soit solide. Alors commence la deuxième période du traitement : période de mobilisation qui fait de cette méthode, une méthode successivement opératoire et mécanique.

III. Traitement mécanique post-opératoire. — Les agrafes ayant été enlevées, l'enfant est pris par les mains de l'opérateur appliquées sur les deux oreilles et il est soulevé ainsi de telle sorte que ses pieds ne touchent plus le sol. On imprime alors au tronc un mouvement de rotation et un mouvement dans le sens latéral. De la sorte, les muscles du cou s'assouplissent, la colonne vertébrale se redresse. Ce petit exercice est parfaitement supporté. On l'exécute ainsi pendant trois à quatre minutes tous les jours.

Après chaque séance de ce massage, on établit une immobilisation en hypercorrection au moyen d'un appareil fort simple imaginé par M. le professeur Forgue et qui permet de régler chaque fois le degré de correction à établir et permet aussi de suivre les progrès d'amélioration de l'affection.

Cet appareil comprend :

1° Une bande plâtrée, placée autour de la tête et passant sur le front, au-dessus des oreilles et sur la saillie de l'occipital. Dans cette bande plâtrée est incorporée une bande de toile portant une série d'anneaux sur toute son étendue.

2° Un corset de toile souple portant à sa partie supérieure des anneaux semblables à ceux qui se trouvent sur la bande céphalique.

3° Un tube de caoutchouc.

La bande plâtrée et le corset étant en place, on les relie l'un à l'autre au moyen du tube de caoutchouc attaché aux anneaux, de façon telle qu'on obtienne une hypercorrection de la position vicieuse. La multitude des anneaux permet d'obtenir la correction optima que l'on modifie facilement tous les jours après chaque séance de mobilisation.

Au bout de quinze à vingt jours, le redressement est obtenu et se maintient à condition d'ordonner pendant quelque temps encore des mouvements actifs qui seront exécutés à plusieurs reprises dans la journée par le malade.

Ce traitement donne d'excellents résultats. Sous son influence, l'asymétrie faciale s'atténue, si le sujet est encore jeune, la colonne vertébrale se redresse.

Indications des divers traitements. — Le traitement purement mécanique n'est vraiment de mise que chez les tous jeunes enfants. Il pourra être rarement mis en œuvre, le torticolis n'étant reconnu que lorsque la lésion a déjà fait de très grands progrès.

Le traitement opératoire suivi du traitement mécanique s'adresse à tous les cas. La ténotomie sous-cutanée n'est guère de mise en raison de ses dangers. Reste donc la ténotomie à ciel ouvert que l'on emploiera dans les cas où la lésion paraît peu importante et le redressement facile.

On préfèrera en général l'opération large suivant le procédé de M. le professeur Forgue, qui nous paraît répondre à tous les desiderata.

CONCLUSIONS

I. — Le torticolis congénital est assez fréquent. Son apparente rareté tient à ce fait qu'il ne devient manifeste que plusieurs mois après la naissance. L'hérédité du torticolis est rare, mais elle existe.

II. — La pathogénie du torticolis congénital est obscure. On peut cependant admettre qu'il s'agit, dans certains cas au moins, d'une véritable malformation congénitale, par arrêt de développement. Cette théorie est d'autant plus acceptable lorsque le torticolis coïncide avec d'autres malformations congénitales sur le même sujet.

III. — Le muscle présente, au point de vue anatomo-pathologique, des lésions variables. Le fait qu'il présente parfois une dégénérescence fibreuse simple sans caractères spéciaux est en faveur de la théorie pathogénique précitée. On ne saurait admettre l'action d'une myosite spécifique que tout autant que l'on retrouve des lésions bien caractéristiques et spéciales.

IV. — La symptomatologie, l'évolution et le diagnostic du torticolis congénital se présentent suivant le tableau classique bien connu.

V. — Le traitement comprend:

1° Le traitement mécanique;
2° Le traitement opératoire;
3° Le traitement opératoire suivi du traitement mécanique.

La méthode de choix consiste dans l'ablation du sterno-cléido-mastoïdien et des tissus fibreux voisins, suivie de mobilisation rapide, avec entre les séances de mobilisation, le maintien en position d'hypercorrection au moyen de l'appareil imaginé par M. le professeur Forgue.

BIBLIOGRAPHIE

Baron. — Du torticolis congénital; son traitement par la ténotomie à ciel ouvert. *Th. Nancy,* 1906-1907, n° 14.

Bœhm. — Torticolis congénital. *Berliner Klinische Woch.,* t. XLVI, n° 28, 12 juillet 1909, p. 1330.

Broca (A.). — *Presse médicale,* 1908, n° 585.

— et Herbinet. — *Nouv. icon. Salp.,* 1905, p. 443.

Codet-Boisse. — Luxation congénitale de la hanche et torticolis chez le même enfant; guérison. *Gazette hebdomadaire des sciences médic. de Bordeaux,* t. XXXI, n° 35, 28 août 1910.

Coste. — Traitement du torticolis chronique congénital; de la nécessité d'une extirpation partielle du sterno-mastoïdien dans certaines variétés de torticolis chronique. *Th. Montpellier,* 1899-1900, n° 19.

Couvelaire. — Hématomes du sterno-mastoïdien et torticolis par myopathie congénitale. *Revue d'orthopédie,* janvier 1911; *Ann. de gyn.,* 1911.

Desfosses. — *Presse méd.,* 1911, p. 947.

Delrez. — Traitement opératoire du torticolis congénital. *Archives franco-belges de chirurgie,* nov. 1921.

Feil. — Occipitalisation de l'atlas et torticolis congénital. *Presse médicale,* 1921, n° 52, p. 515.

Goldberg. — Le torticolis de naissance est-il d'origine obstétricale ou congénitale? *Th. Paris* (Univ.), 1911-1912, n° 198.

Hernaman et Johnson. — *British med. journal,* 1911.

Kredel. — *Deut. Zeit. f. Chir.,* 1900, t. LVI, p. 398.

Lamy. — Le traitement du torticolis dit congénital. *Gazette des hôpitaux,* n° 147, 24 déc. 1912.

Osten. — *Th. Paris,* 1896-97.

Phocas. — *Revue orthop.,* 1894.

Picqué. — Sur un cas de torticolis congénital (considérations pathogéniques et thérapeutiques). *Académ. de médecine de Paris,* 1914, n° 11, 23 mars 1914.

Poulain et Cornette. — Torticolis gauche congénital; section du sterno-cléido-mastoïdien; traitement orthopédique par la traction élastique; guérison. *Journal des sciences médicales de Lille,* 1910, n° 45.

Ricard (Marius). — De la valeur du traitement chirurgical du torticolis congénital selon le procédé de Mickulicz. *Th. Montpellier,* 1907-1908, n° 18.

Rocher. — Torticolis congénital chez un bébé de 14 mois; ténotomie de deux chefs à ciel ouvert. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux,* 1913 10 mars.

Schlœrsmann. — L'étiologie du torticolis musculaire congénital. *Beitræge zur Klinischen chirurgie,* f. 1, t. LXXI, déc. 1910.

Souchon. — Contribution à l'étude du torticolis musculaire congénital. *Th. Montpellier,* 1900, n° 56.

Thiers. — Etude comparative de la ténotomie à ciel ouvert et de l'extirpation partielle du sterno-cléido-mastoïdien dans le traitement du torticolis congénital. *Th. Lyon,* 1904-1905, n° 1.

VANDENBUSSCHE. — Traitement du torticolis chronique congénital grave, principalement par la résection du sterno-cléido-mastoïdien. *Th. Lille,* 1913-1914, n° 2.

WAPLER. — Torticolis. *Th. Paris,* 1904-1905.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude du Torticolis. Un cas de Torticolis congénital et héréditaire.

Par M. Joseph Robin.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 3 mars 1922.

Le Professeur,

FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 4 mars 1922.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 4 mars 1922.

Le Recteur,

Jules COULET